

社会福祉と社会保険：介護保険制度を素材に

著者	植田 美佐恵
雑誌名	久留米大学文学部紀要．社会福祉学科編
巻	1-2
ページ	65-74
発行年	2001-03-31
URL	http://hdl.handle.net/11316/662

〈研究ノート〉

社会福祉と社会保険 — 介護保険制度を素材に —

植田美佐恵

A Memorandum on Social Welfare and Social Insurance, with Special Reference to the Long-Term Care Insurance in Japan

Misae UEDA

1 介護保険制度の成立

2000（平成12）年4月、わが国高齢者介護の新たな施策として公的介護保険制度がスタートした。この高齢者公的介護保険制度（以下「介護保険制度」）の目的は、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び診療上の管理その他の医療を要する者」が、「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」ように、「国民の共同連帯の理念に基づき」保健医療サービス及び福祉サービス給付を行ない、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることである（介護保険法第1条）。

介護保険の保険者は市町村および特別区、そして被保険者は、65歳以上の者（第1号被保険者）と、40歳以上65歳未満の医療保険加入者（第2号被保険者）である。保険給付は介護給付、予防給付及び市町村特別給付で、被保険者（第1号および加齢を原因とする特定疾患の第2号）の要介護またはそのおそれがある状態に対して、可能なかぎり居宅において行なわれる在宅サービスと特別養護老人ホーム等の施設サービスである。

給付は、被保険者の申請により、そして市町村の調査と要介護認定による要介護度（要介護1～5、要支援）にしたがって、被保険者または介護支援専門員が作成する介護プランによって給付される。在宅

サービスは、知事が指定する事業者により提供され、営利企業をふくむ多様な供給主体によって行なわれる。

保険財源は保険料と公費である。サービス費用の一割を利用者が負担するので保険給付は9割となる。すなわち、給付費用は保険料50%（第1号被保険者17%、第2号被保険者33%）、公費50%（国25%、県・市町村各12.5%）である。保険事業計画は、厚生労働大臣が定める基本指針に従って市町村が策定し、都道府県は保険事業支援計画を定める。保険給付等に不服がある者は都道府県におかれる介護保険審査会に審査請求をすることができる。

以上、新たな高齢者介護制度の特質は、申請による開始、そして財源調達的方式として社会保険を導入したこと、また、供給体制として民間企業をふくむ多様な主体を設定したことである。これによって、従来の老人福祉の「措置」方式から「契約」による利用となり、そして高齢者の自立支援をめざすものとされる。

本制度の成立を推進したのは、高齢化の進行、そして介護施策のおくれと介護需要の顕在化はいうまでもないが、医療保険財政への対応が大きな要因であったこと、あわせて厚生省（当時）の強力なリーダーシップによることが特記されよう。そして介護保険制度は今後の社会福祉・社会保障改革の「第一歩」という重要な政策的意義をもつとされる。

この介護保険制度が提起する課題は多大であるが、本稿では、現下の社会福祉・社会保障に何がおきて

いるのかを理解する予備作業として、そして社会福祉とは何か、その運営はどうあるべきかを問題意識として、本制度の根幹である社会保険方式をめぐって、社会福祉とのかかわりを中心に若干の検討を行いたい。はじめに、社会福祉および社会保険について、本論に必要な範囲で論述し、介護給付施策、介護保障としての社会保険方式の意義と社会福祉における意義と位置づけを検証したい。

2 社会福祉と社会保険

1) 「社会福祉」をめぐって

第二次大戦後の社会福祉・社会保障のあゆみのなかで、「社会福祉」と「社会保険」は直接には関わらないものとして扱われてきた。たとえば、今なお、社会福祉の代表的な定義とされる1950（昭和25）年の社会事業研究所の定義では、「社会事業とは正常な一般生活の水準より脱落・背離し、またはそのおそれのある不特定の個人または家族に対し、その回復・保全を目的として、国家、地方公共団体、あるいは私人が、社会保険、公衆衛生、教育などの社会福祉増進のための一般対策とならんで、またはこれを補い、あるいはこれに代わって、個別的、集団的に保護・助長あるいは処置を行なう社会的な組織的な活動」（1950年の第5回国際社会事業会議に提出）とされる。すなわち、社会保険は公衆衛生、教育などとともに社会事業に先行する一般対策とされ、また、用語として社会事業が使用され、「社会福祉」は制度・政策用語ではなく、それらの目的概念として使用されている。

次いで同年の社会保障制度審議会の勧告「社会保障制度に関する勧告」（以下「50年勧告」）には、社会保障制度について「疾病、負傷、分娩、廢疾、死亡、老齡、失業、多子その他困窮の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすること」と定義される。社会保障制度は社会保険、国家扶助、公衆衛生及び医療、そして社会福祉から成り、その有機的な連携を期待する

とし、社会福祉と社会保険は別の領域または手段として扱われている。そして社会福祉については「国家扶助の適用を受けている者、身体障害者、児童その他援護育成を要する者が自立してその能力を発揮できるよう、必要な生活指導、更生補導その他援護育成を行なうこと」とされている。

これらはいずれも第二次大戦直後の社会事業・社会福祉の捉え方で、そのまま現代の定義とすることはできないが、社会福祉の概念として今なお参考にされるものである。社会福祉は概ね、貧困・低所得層への施策としての位置づけで、制度の範囲としては生活保護を含むとみられる前者の定義でも、また対人サービスに重きがおかれる後者の場合にも、社会保険との関わりはおおよそ想定されていなかった。

なお、憲法25条の規定「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。②国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」は、社会福祉、社会保障の厳密な定義に基づくものではないが、50年勧告の冒頭でも、これは「国民には生存権があり、国家には生活保障の義務があるという意」で新しい民主主義の理念であると国家の責任をのべ、それがプログラム規定とされてもその法源としての意義は大きい。

社会保険は、伝統的に、労働者保護に係る社会政策、またはその発展として社会保障に位置づけられ、社会福祉との関わりは殆ど問われてこなかった。それは、わが国の介護需要に対応できない老人福祉法による介護サービス施策の不備については認識しながら、その方策として社会保険の導入が論じられた折に社会福祉関係者が十分にその論議にコミットできなかったことにも係っていると思われる。

社会福祉そして社会政策、社会保障というまでもなく、資本主義経済社会が労働者・国民にもたらす課題の増大に応じて、わが国の場合、まず労働力の保全として、そしてその範囲での労働者保護として成立した社会政策、そしてそれを補充するきわめて制限的で低水準の社会事業が原初形態となり、戦後、生存権理念に則って発展し、社会保障という概念と枠組みで整序されてきたと大まかにはいえよう。それらはいずれも自然に成立展開したのではなく、社会問題の出現、政策主体の意志、社会の思想・理論、

そして人々の運動に促されて、いわば、複合的なマトリックスとしてそれぞれの国の政策、すなわち福祉国家の諸形態を形成してきたといえよう。

そのように歴史的、社会的な営みとしての社会福祉は、その本質はともかくその内容・活動形態は時代状況に応じて流動的である。わが国の場合、高度経済成長期の雇用・就業構造と家族、地域の変容は著しく、今日の介護ニーズと介護需要の増大・顕在化につながっている。また、近年の社会主義（国）の変貌は社会福祉・社会保障にも影響を与え、さらに資本主義経済そのものも停滞する中でかつての理論の有効性が問われているといえよう。このような状況のもとで登場した介護保険制度によって社会福祉・社会保障の何がどのように変わるのだろうか。また、社会福祉（学）の固有性はどのようなものだろうか。

本稿では、「社会福祉」についてさしあたり以下のように捉えて論稿をすすめたい。社会福祉とは「生存権保障にかかわる施策の一つで、もともと労働力保全あるいは労働者保護として始まった社会政策と密接な関連をもち、それを補充代替する社会事業に由来し、今日の社会問題に対応するかたちで発展してきた制度・社会的活動で、社会保障を構成する施策のひとつ」として一応捉えておく。その制度的範囲としては生活保護とそこから分化した社会福祉サービスで、介護は社会福祉サービス（そして保健医療サービス）の課題となる。社会福祉サービスについては、原則的に無償または軽費で社会福祉に係る各種施設、設備、知識、技能、労務などを提供する現物給付・社会的サービスと捉えておく。

2) 「社会保険」をめぐる

保険とは、「一定の偶然の事柄に対する経済準備の一方法」で「その事柄の発生する確立にしたがい多数の経済体が公平な負担をおこなう」⁽¹⁾ 方策、すなわち、一定の事故に対する共同負担の原理にもとづく危険の平均化、分散化の技術で、拠出と給付のみあうことが前提となる私人間の市民法上の契約である。この基本形態というべき私的保険にたいして、社会保険は国家がその機能遂行のために保険を活用した政策手段で、国家管理・国家補助、そして国民の強制加入を要件とする政策技術である。資本主義経済社会の基本法である市民法原理にもとづく私的

保険に対してその修正原理に立つ社会法にもとづくといえよう。

そして社会保険はドイツにおける社会政策の一環として、ビスマルクによって創設された労働者保険を嚆矢として発展したものである。

わが国の社会保障制度に関する調査、審議および勧告を行ってきた社会保障制度審議会の50年勧告は、統一ある社会保障制度の確立をめざし、自らの拠出による保険制度を「自主的責任の観念を害しないため」にも社会保障の中核とし、それを扶助制度が補完するとしている。社会保険については、経済事情からすべての国民のすべての事故に備える制度は不可能で、国民の労働力を維持するとともに国民の健康保持に力点をおき各種の社会保険制度を統合して給付の拡充と負担の公平をはかることを勧告している。

この50年勧告にも大きな影響を与えるイギリスのベヴァリッジ報告「社会保険および関連サービス」（1942年）は、均一拠出、均一給付、行政責任、包括性などの原則をもつ社会保険と、それを補足する国民扶助、そして任意保険による所得保障計画である。社会保険の性質として、労働年齢にある国民（既婚女子は夫）は必要な保障の種類による拠出をおこない、失業、労働不能、退職などニードがつづくかぎり資力調査なしで受給できる現金給付とする。資金の拠出、そして給付における資力調査のないことが強調される⁽²⁾。

同じ1942年のILO報告では「収入の少ない人びとのための権利として認められた給付を供給するものであって、その額は使用者及び国からの補助金に被保険者の拠出努力を合わせたもの」⁽³⁾である。社会保険は、国民の生活上の事故—傷病、障害、死亡、失業等—にたいして、拠出を前提として一定基準の所得を保障することとされ、もっぱら所得の保障が意図されていた。そして、社会保険はリスクの分散とともに所得の再分配効果が重要となる。

社会保険の財源は、その成立の経緯から、労働者および雇用主による保険料拠出による。すなわち、高所得者と低所得者との、そして資本と労働との再分配である。介護保険では、雇用主拠出の見込めない第一号被保険者について、その分が公費負担となり、労働者・被用者保険を基本としてきた社会保険

とは異なる社会保険である。そしてこのタイプの社会保険としてはすでに国民健康保険と国民年金保険があり、職域・被用者保険にたいして地域・住民保険と位置づけることができる。しかし、介護保険は年齢要件のみに基づく職域、地域の横断的な保険であり、それらとも異なる社会保険ではあるが、運営はいずれも社会保険方式でおこなわれる。

3 介護保険制度と社会保険

1) 社会保険方式の創設

介護保険制度成立経過の概要は年表に示すとおりである（表1参照）。介護問題とそれへの対応および介護保険制度が提起する課題等については、近年、数多く論じられている。筆者も成立経過および介護保険制度が社会福祉・社会保障に提起する課題については別に論じており⁽⁴⁾、本稿では社会保険方式の登場と採択に限定してその経過をたどっておきたい。

高齢者介護への社会保険の適用が、初めて公式に提起されるのは、1994年（平成6）年9月の社会保障制度審議会・社会保障将来像委員会「第二次報告」においてである。本委員会は「社会保障を総合的に推進するための理論及び将来像を構築」することをめざしたもので、社会保障の定義、範囲、理念にふれる「第一次報告」では、社会保障について、「国民の生活の安定が損なわれた場合に、国民にすこやかで安心できる生活を保障することを目的として、公的責任で生活を支える給付を行う制度」と定義し、普遍性、公平性、有効性、総合性、権利性に基づく施策展開を提言している。第二次報告は、老後の要介護の不安を解消する「介護保障の確立」、そしてその基盤整備のあと将来的には「財源を社会保険料に依存した」制度を提言する。それにより権利として利用者の受給、ニーズの増大への質的、量的対応にも国民合意が得やすいこと、サービスの選択、供給者間の競争による質的向上、すべての要介護リスクへの対応などを利点とし、措置制度の見直しを提言する。公費負担の導入、ニーズ評価等の科学的基準の作成、さらに医療保険、老人保健制度全体の見直しも必要としている。

わが国の介護保障への取組みは1985年の社会保障制度審議会「老人福祉のあり方について」（建議）

に始まる。介護施設と家族介護を支援する在宅サービスの公的施策がおくれ、そのため多くの悲劇がおきており、また、家族の介護機能の低下から、「要援護老人とりわけ重度の要介護への対策が切実な問題」であると介護施策の必要を示す。翌1986年に「長寿社会対策大綱」が閣議決定され、活力ある、社会連帯に立脚した、豊かな長寿社会をめざして、雇用・所得、保健・福祉、学習・社会参加、住宅・生活環境システムの総合的推進が掲げられる。

そして、1989年の「今後の社会福祉のあり方について」（福祉三審議会・意見具申）が、市町村重視、在宅福祉充実を掲げ、同年の介護対策検討会（厚生省次官設置）報告書が、介護サービスの詳細な検討をもとに、財源方策として保険を示唆しているのが介護の社会保険構想のスタートになるとみられる。そして介護政策の明らかな転換は、「いつでもどこでも受けられる介護サービス」を謳った「二一世紀福祉ビジョン」（1994年3月）である。

第二次報告につづいて、厚生省高齢者介護対策本部に設置された高齢者介護・自立支援システム研究会「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」（1994年12月）において、詳細な検討のもとに高齢者自身によるサービスの選択、社会連帯による社会保険方式の導入、介護サービスの一元化、ケアマネジメントの確立など「新たな介護システム」のあり方が報告される。

これに先だって、89年12月の「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（ゴールドプラン）における、「寝たきり」や「痴呆」老人等への在宅・施設サービス量の拡大目標、そして、90年の老人福祉法改正における市町村による居宅介護支援の措置化、老人保健福祉計画の策定をへて、さらにサービス量の拡大（新ゴールドプラン、94.8）が示されている。

そして1995年の勧告「社会保障体制の再構築に関する勧告～安心して暮らせる21世紀の社会を目指して」（以下「95年勧告」）において公的介護保険が提言される。高齢化の進展に伴い遅れている介護基盤整備の必要をのべ、社会保障費用の財源としては社会保険が中心となること、そして社会保険は民間保険と異なり、国民全体の連帯が可能な強制加入、給付の現実性の保障と所得再分配により国民生活の安定に寄与することをあげている。勧告としては異例

「介護保険」関連年譜

1950 (昭和25)	社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」
1958 (ﾎ 33)	新国民健康保険法
1961 (ﾎ 36)	国民皆保険達成 (4月)
1963 (ﾎ 38)	老人福祉法
1979 (ﾎ 54)	経済審議会「新経済社会7ヵ年計画」(国民生活の将来像・日本型福祉社会)
1982 (ﾎ 57)	老人保健法
1983 (ﾎ 58)	臨時行政調査会最終答申「行政改革に関する第五次答申」(3月)
1985 (ﾎ 60)	社会保障制度審議会「老人福祉のあり方について」(建議)/福祉等補助金の一割カット
1986 (ﾎ 61)	地方公共団体の執行機関・合理化 閣議決定「長寿社会対策大綱」/老人保健法改正 (老人保健施設制度化)
1987 (ﾎ 62)	地方公共団体委任事務化/社会福祉士及び介護福祉士法
1988 (ﾎ 63)	厚生省・労働省「長寿・福祉社会を実現するための基本的な考え方と目標について」(福祉ビジョン)
1989 (平成1)	福祉三審議会合同企画分科会「今後の社会福祉のあり方について」(意見具申)(市町村重視, 在宅福祉充実, 民間福祉育成, 福祉と保健医療の連携, 福祉担い手育成, 福祉情報提供体制)(3月) 介護対策検討会報告書(介護の社会化, 保険方式の示唆, 在宅介護支援センター提言)(12月) 「高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略(ゴールドプラン)」(厚生・大蔵・自治三大臣合意)(12月)/消費税の導入
1990 (ﾎ 2)	老人福祉法等福祉八法改正 (保健福祉サービス市町村中心主義, 老人保健福祉計画策定等)
1991 (ﾎ 3)	老人保健法改正 (公費負担割合の見直し, 訪問看護制度創設)
1992 (ﾎ 4)	福祉人材確保法, 看護婦人材確保法, 医療法改正
1993 (ﾎ 5)	社会保障制度審議会・社会保障将来像委員会「第一次報告」/老人保健福祉計画策定
1994 (ﾎ 6)	高齢社会福祉ビジョン懇談会「21世紀福祉ビジョン」(少子高齢社会社会保障制度のあり方, 新介護システム, 年金・医療・福祉給付比を5:4:1から5:3:2へ)(3月) 厚生省「高齢者介護対策本部」設置 (4月) 村山内閣発足 (社会党, 自民党, 新党さきがけ連立) (6月) 社制審・社会保障将来像委員会「第二次報告」(公的介護保険制度創設の提案)(9月) 与党「税制改革大綱」(消費税5%引上げ, 97.4実施) 高齢者介護・自立支援システム研究会「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」(介護の基本理念, ケアマネジメントの確立, 社会保険方式等)(12月) 「新ゴールドプラン」策定 (12月)
1995 (ﾎ 7)	老人保健福祉審議会審議開始 (2月) 社会保障制度審議会「社会保障体制の再構築 (勧告)」(公的介護保険の提言)(7月) 老人保健福祉審議会「新たな高齢者介護システムの確立について」(中間報告)(7月)/地方公聴会(11月) 高齢社会対策基本法 (11月)
1996 (ﾎ 8)	橋本内閣発足 (1月) 老人保健福祉審議会「高齢者介護保険制度創設について (最終報告)」(各論併記)(4月) 介護保険制度案大綱に答申 (6月) 介護保険制度・与党合意/ワーキングチーム設置 (6月), 同チーム・地方公聴会 (7月) 社会保障関係審議会会長会議「社会保障構造改革の方向」(中間まとめ)(11月) (社会保障はセーフティネット, 国民負担率50%以下, 経済と社会保障との調和) 介護保険法案, 同施行法案閣議決定, 第139回臨時国会に提出 (11月29日)/継続審議に (12月)
1997 (ﾎ 9)	介護保健法案衆議院可決 (5月)/通常国会閉会 (継続審議) (6月) 第141回臨時国会・衆参両院修正を経て介護保険法成立 (12月)
1998 (ﾎ 10)	中央社会福祉審議会社会福祉構造改革分科会「社会福祉構造改革について (中間まとめ)」 「社会福祉基礎構造改革を進めるに当たって (追加意見)」 保険料算定基準 (12月)
1999 (ﾎ 11)	サービス事業者指定基準 (3月) 介護報酬仮単価公表 (8月)/市町村 要介護認定開始 (10月) 政府 特別対策 (見直し) 決定 (11月)/ゴールドプラン21 (12月)
2000 (ﾎ 12)	介護保険法施行 (4月)

の各論であるが、それだけ重要で緊急であったということであろう。社会保障制度の新しい理念について、「広く国民に健やかで安心できる生活を保障すること」とされ、先の二次報告の「公的責任」が除かれている。50年勧告の「体系的かつ具体的」提言は当時の国民経済の混乱と国民生活の疲弊のもとで最低限度の生活保障が理念・課題となったのに対して、95年勧告は高度成長が国民の生活水準を引上げ、社会保障の財源調達を可能にし、社会保障制度は国民生活に不可欠のものとして組み込まれたことを踏まえての提言であるとしている。

そして介護保険制度は老人保健福祉審議会の審議を経て、法成立にいたる。

介護保険制度創設の意義について、厚生省の当時の担当者は、介護を社会全体で支える「介護の社会化」の仕組みとして、そして給付と負担の関係が明確で国民の理解が得やすい「社会保険方式の導入」、利用者の選択による、多様な主体による保健医療・福祉サービスの総合的給付のしくみ、介護を医療保険から切離し、社会的入院の解消など「社会保障構造改革の第一歩」として説明する⁽⁵⁾。

この背後には、介護者の精神的、肉体的、経済的負担にも拘らず「寝かせきり」という質の低い介護や老人虐待、そして介護のための離職などに示される「家族介護」の限界と、従来の社会保障制度でイメージしてきた社会的弱者という捉え方から、所得・貯蓄・資産は若年世代と同じか、上回るという「高齢者像」の変革への認識があった（「国民生活基礎調査」平成10年）。「介護の社会化」について、介護リスクの普遍化、介護サービス利用の一般化という状況を踏まえ、介護負担を家族のみが負うのではなく、サービス提供、費用負担でも、要介護者や家族を社会的に支援するシステム、すなわち、「介護費用を国民全体で公平に負担し、ニーズを有する誰もが介護サービスを利用できるシステム」としている。この「介護の社会化」をすすめるいわば切り札として社会保険方式が導入され、社会保険方式による介護給付制度が創設されたことになる。

2) 介護と社会保険

介護とは、「介助」と「看護」の合成語ともいわれるが、それは必ずしも明確ではない。「介護」が制度上の用語として登場するのは、1963（昭和38）

年制定の老人福祉法の特別養護老人ホーム（以下「特養ホーム」）の規定である。すなわち、その対象は、65歳以上で「身体上または精神上著しい障害があるために常時の介護」を要し、居宅においてそれを受けることが困難なものである。当時の在宅施策は、「市町村は老人家庭奉仕員による日常生活上の世話を社会福祉法人等に委託できる」という、きわめて限定的、消極的规定で、その他は健康診査の実施と老人福祉増進の事業として教養講座、レクリエーション、老人クラブへの援助である。

この老人家庭奉仕員制度は、1960年代後半の一部自治体の事業に始まり、そして全国の実施にいたり老人福祉法上の規定となる。対象は被保護世帯と住民税非課税世帯の老人で「養護者」の不在が要件であった。この老人家庭奉仕員制度がホームヘルプサービスとして居宅介護の要（かなめ）とされてゆく。そのサービスの内容は、身体の介護（食事、排泄、衣服着脱、入浴、清拭、洗髪等）、家事（調理、衣類の洗濯・補修、住居等の掃除・整理整頓、買物、関連機関との連絡等）、そして生活・身上等の相談・助言とされる（老人ホームヘルプサービス事業運営要綱）。

特養ホームの創設は慢性疾患入院患者増加への対応とされ、介護は医学的治療を中心とする病院への入院を必ずしも必要としない長期慢性患者への世話（ケア）を含意していた。特養ホームに期待されたのは、看護、特に療養上の世話とリハビリテーションを中心とする高齢慢性患者へのケアである。介護を主に担うのは、現行制度では施設と地域の看護婦、介護職員、ヘルパー（介護福祉士）等である。

以上から、高齢者介護とは、「寝たきり」や痴呆のある高齢者への日常生活上の世話といえよう。ただし、「寝たきり」の多くは、脳卒中、骨折、リウマチ・関節炎等を原因としており、老人医療における「寝かせきり」防止の初期医療と予防、そして、介護場面においては、高齢の障害者として、残存機能に着目した介護・看護、リハビリが重要となる。

高齢者医療は一般成人の医療経験がそのままには通用しないといわれる。すなわち、老人の心身の状態は個体差が大きくまた不安定で、介護ニーズは個別的で固定的には捉えがたく、また、介護サービスによって、日常生活のすべてがカバーされるのでは

なく、自立支援には、「介護を要する高齢者」の生活と社会関係への視点が必須となる。

老人福祉法制定当時、すでに厚生省の「高齢者実態調査」によって、「床につききり」の老人32万人と推計され、「社会的入院」および多くのねたきり在宅者が推定される調査結果が示されている。しかし、介護に係る施策は1969年から「寝たきり」老人家庭へ養護者のないことを要件に家庭奉仕員の派遣が開始されるなどその遅れと不備は著しいものであった。

第二次世界大戦後、わが国の社会福祉はGHQの民主化政策のもと、憲法の生存権規定を根拠に、国民の最低生活保障、公的責任、無差別平等を原理として、その内実とはともかく、社会保障・社会福祉はすべての国民を包括する「普遍主義」と最低限度保障「ナショナル・ミニマム」を政策理念としてきたといえよう。それらは、所得保障や医療保障の整備には、一応、考え方、理念としては適用されてきたが、特に日常生活支援など社会福祉サービスでは不十分で、権利性もサービスの水準も低く、一般に、対象は低所得層に限定されるなど「選別」が一般的であった。

生活保護法から分離した老人福祉法による介護施策は、1960年代の施設収容、限定的な低所得層への居宅介護が70年代もつづき、そして80年代はじめて対象範囲が拡大有料化され、そして80年代の半ばから、家族介護支援としてようやく在宅施策が推進される。90年の居宅介護支援の措置化により、市町村は在宅・施設サービスの一元的供給の実施主体としての義務を負った。これを在宅介護施策の本格的な開始とみることができる。

これは社会福祉の分権化と在宅サービス重視を具体化するもので、この「措置」は「必要に応じて採ることができる」という緩やかなものであるが、立法上の規定は国民に提供すべき福祉サービスの責任を具体的に表現したもので、自治体の在宅サービスへの公的責任を示すと解される。この公的責任をはたすサービスの拡大のために、新ゴールドプラン実施の財源が求められ、内閣が高齢社会の財源策として提案した消費税上げが困難となり、社会保険と公費の折衷による介護保険構想にいたる。

保険給付は、生活上のリスクを定型化し、それにもとづく画一的給付が特徴である。介護ニーズのよ

うな個別的で定型化、定量化し難い、そして柔軟性を要する福祉サービスには、保険方式の適用は、本来、困難である。保険方式導入の意図について、厚生省はじめ諸報告に強調されるのは、利用者による選択、契約による権利としてのサービス利用、そして、利用者は被保険者という法的地位から権利性が明確となり、それが利用を容易にし制度の普及に貢献すること、何よりも財源確保として現状では他の選択肢が困難であることなど、従来の「措置」方式の問題を解決することが強調されている。そして利用者の権利保障として従来の措置方式では認められなかった認定等行政処分に対する審査請求が規定された。社会福祉サービスにおける選択、契約、審査請求の実施など介護保険制度が、介護を受ける高齢者を権利の主体として明確に位置づけた意義はきわめて大きい。

介護保険の費用は、保険料と応益負担（利用者負担一割）そして公費からなる。低所得者については保険料軽減措置がとられるが、年金生活者の低所得層には負担が重くなる。生活保護受給者は保険料が生活扶助に上乗せされ、利用者負担は新たに創設される介護扶助による。保険料滞納者には給付制限の措置がある。なお、1号被保険者の保険料徴収は国保方式を踏襲して世帯主に連帯して納付義務を負わせており、高齢者を権利主体として位置づけたことと矛盾する。国保や国民年金の例からも懸念されることは、滞納による収入減と給付制限、さらに利用者負担から利用を控えることも予想され、制度の「だれでも、いつでも」の原則が実質的には貫かれ難いことである。

保険方式導入に際しての高齢者像は、若年世代以上の所得・貯蓄・資産を有するとされるが、家計調査等からも高齢者間の格差は大きい。予定される利用者経費は、在宅「要介護5」の場合の月約4万円（国平均保険料2,855円、標準限度額の利用料36,000円）、さらに自費のプラス分も予想され、かなりの負担となる層も予測される。実施後、特別措置による保険料の軽減措置がとられる変則実施であるが、所得階層によるサービス利用状況の検討は今後重要である。また介護基盤整備は制度の前提要件であることはいうまでもない。

介護保険制度の特色である「契約」は、利用者

（被保険者）とサービス提供事業者間で交わされる。被保険者の事業者介護サービスに対する苦情は、オンブズマン的業務を行う苦情処理機関が取り扱う。自治体は主に基盤整備の調整と事業者の管理監督、広報にあたることになり、サービスの提供は、利用者（被保険者）と事業者との関係に委ねられる。サービスの質は最終的には従事者に規定されるが、事業の「経営」上、特に人的サービスが中心となる訪問介護・看護などではその専門性、身分保障や労働条件の確保など今後の課題は大きい。

厚生省の介護社会化の捉え方に則していえば、「介護を社会全体で支えるしくみ」には、一応適合するが、「国民による費用の公平な負担」では、保険料負担がリスクの高い高齢者と40歳以上であり、そして利用料の一割負担は高齢低所得層には不平等となる。「ニーズをもつ誰もが利用できるシステム」は如何であろうか。サービスの不足を別にすれば、保険料と利用料負担の可能なものには適合するが、「在宅福祉」を支える社会サービスとしては、普遍性は実質的には保障されがたく、そして保険の技術上、高齢者の介護ニーズと生活への個別的、柔軟な対応には困難がある。

3) 国民健康保険制度の場合

国民健康保険（以下「国保」）は医療保険の一種で、健康保険制度等の職域・被用者保険に対して地域・一般住民保険である。その沿革は第一次大戦後の一時的な好況のあと、つづく経済不況により疲弊する農村匡救として「相互共済」の精神に則り、農家家計の医療負担の軽減や医療機関の確保を目的として1938（昭和13）年に創設された。保険者は地方長官認可の任意の国保組合、組合員も任意加入とされるが、準戦時体制下の健兵健民策として1943（昭和18）年には全国市町村の95パーセントの普及にいたるも、その後の非常体制のもとで崩壊状態で終戦を迎えた。戦後の混乱のなかで、GHQの指示により再建が計られ（1948年法改正）、組合方式から市町村公営、強制加入制として、そして国庫補助金により推進されることになった。

1958（昭和33）年の新国民健康保険法により、1961年4月にわが国の国民皆保険はいちおう達成された。しかし国保加入者は農業等営業者、5人未満事業所の被用者、そして無職者とその家族からなり、

老人、母子世帯等低所得世帯を多く含み、そして受療率は高く、保険料（拠出）と所定の国庫負担では運営は困難の連続で、さらに国庫補助など財政問題への対処におわれてきた。それは医療技術の高度化、高齢化の進行によりさらに財政的には困難をきわめ、国保財政問題に端を発して老人保健制度、退職者医療制度の創設に至り、そして介護保険制度の創設にもつながっている。国保制度は公費に支えられて国民皆保険化の役割を荷い、さらに、老人保健制度や退職者医療制度は各医療保険による財政調整に支えられている。そしてこの国保が介護保険の保険関係と運営の先例になっている⁽⁶⁾。

ただし、国保の場合、被保険者は保険証によって医療機関に直ちに受診でき、また、その給付は必要に応じての「出来高払い」となるが、介護保険では、行政の要介護認定を要し、また、利用限度（額）が設けられている。これは医療機関と医師の専門性との相違とみられるが、当初の標語とは大きく相違することになり、また、利用限度額による「包括払い」は今後の高齢者医療における費用高騰抑制策の先駆けとしての意義をもつのであろうか。

4 「社会福祉と社会保険」若干の考察

介護保険制度によって、わが国の介護施策が本格的に推進される端緒となることは必至である。その意味では、本制度の創設は政策的に介護保障を目指すという「介護の社会化」を宣言し、その第一歩となる意義は大きいといえよう。しかし、社会保険方式の適用には課題も大きいといわざるをえない。

(1) 社会福祉と社会保険の関わりについては、すでに介護保険制度準備過程の諸報告にもみられるように、社会福祉と社会保険は並列的な概念ではなく、社会保険はある目的を実現するための手段であり、それ自体が独自の制度とはいえない。すなわち、社会福祉、社会保障さらに社会政策の手段、政策技術として位置づけることができる。一般に、社会保険方式による年金制度や医療保障制度を社会保険（制度）と言い表してきたが、国民健康保険や国民年金さらに介護保険の登場によって社会保険が政策手段であることがより明確になってきたといえよう。

(2) しかし、50年勧告やベヴァリジ報告にみられ

る伝統的な労働者保険としての社会保険に対し、公費負担を前提とする国保や介護保険は社会保険の特別なタイプとなる。さらに、職域・被用者保険加入者以外の者を被保険者とする国保にたいして、介護保険の場合は職域、被用者を問わず65歳以上という年齢要件のみで全国民を第1号被保険者とするはじめての社会保険となる。50年勧告以来いわれてきた医療保険そして年金の統合への短絡になるものであろうか。

したがって、国保や介護保険は厳密には社会保険といえるのか問題のあるところで、国保については「社会福祉保険」(三塚武男氏)、国保や介護保険を「日本型社会保険」(阿部和光氏)として特別な社会保険と位置づけられる。市民法上の保険原理と社会法上の扶養原理の折衷とみることができるこれらの変型社会保険については、さらに検討を要し、介護保険については医療保険との異同をふくむ検討が必要である。

(3) 介護保険制度は、介護保障をめざすとともに老人医療費抑制、国の歳出抑制など、国の基本政策に則した社会保障・社会福祉「改革」の一番手として、社会保険方式の選択には国家財政の視点が優先したが、それすら厚生省(当時)の推進があつてなしたことで、政策の立案と決定のあり方も問われなければならない。

介護サービスと社会保険方式の適合性は、社会保険そのものの特性からくる限界性と、介護保険のデザインによるものとの両方がある。社会保険は本来、所得リスクを保障するものであるが、イギリスの年金制度を補足する公的扶助の例にもみられるように、ナショナル・ミニマム保障としてのセーフティネットの手段としては普遍性には本来限界を有している。保険料拠出の困難なものをふくむ高齢低所得層を対象とする場合にはいうまでもない。そして、公費がそれをカバーすることになるが、さらに、個別の介護ニーズへの適用には技術的な困難が大きい。自立や生活支援として、生活から介護だけを突出させて抽出することは困難で、また生活の支援としては不十分である。保険給付の決定・実施に必要なサービスミニマムや効果の測定はいずれの方式でも必要であるが、柔軟性の確保が必須となる。そのためには地域住民に継続的に責任を負い、公正で迅速に関わ

ることができる体制が必要で、本来、戦後培ってきた専門保健福祉行政サービス機関が活かされる場であらう。介護という個別的(パーソナル)で個人の自立と自尊心にかかわるサービスとしては、専門性と信頼関係の形成と継続が必須で、それを政策的に支える社会的装置と手続きが求められ、今後の検討を必至としている。

(4) 介護サービスへの社会保険の適合性に限って言えば、財源調達的方式としてはその限界を公費負担が補うことになるが、とくに、サービス適用の技術的側面において介護保険の場合の課題は大きい。すなわち、社会福祉サービス供給の方式として社会保険と公費の組合せはありうるが、適用において対人サービスによる生活支援としては社会保険方式はなじみにくいといえることができる。生活上の支援サービスとなる社会福祉サービスへの社会保険方式のサービス給付のあり方についてはなお検討が必要である。戦後の社会福祉、社会保障の定義にもそれらに関連させていなかったことももっともなことであつたと思われる。にもかかわらず、今回、社会保険方式を採用したのは財源上の理由と、ともかく介護施策の開始のためであらうか。

形式的には所得要件を問わない介護保険制度は、それに係る経費的側面が手当されれば、イギリスのパーソナル・ソーシャルサービスに準ずる普遍的な対人福祉サービス給付としての介護サービス給付となる。それは社会保障に位置づけられるサービスとして、社会福祉制度にあえて範疇化する必要はなくなることになるのであろうか。すべての国民に適用される普遍的な所得保障、医療保障が確立し、そしてその他の生活保障として体系化することができるようになれば、従来の意味における社会政策、社会福祉はなくなり、社会福祉も意義概念を大きく変えることになるであらう。少なくとも病氣、障害を負ったときや老後は、95年勧告の理念のように、ナショナル・ミニマム(最低基準)ではなくナショナル・オブティマム(最適基準)のサービス給付が望まれる。保険料と公費に加えて、定率の利用者負担を交えた介護保険制度は、今後の社会保障・社会福祉の運営方式への試金石となることは確かである。制度の実施状況をふまえた検討は今後に期したい。

注

- (1) 『経済学辞典』平凡社, 1967年, 1531ページ
- (2) ベヴァリジ, 山田雄三監訳『社会保険および関連サービス』至誠堂, 1969年, 185-186ページ
("Social Insurance and Allied Services" reported by William Beveridge, 1942)
- (3) ILO, 塩野九十九・平石長久訳『ILO・社会保険への途』東京大学出版会, 1972年, 102-106ページ (ILO "Approaches to Social security" An International Survey, Studies and Reports, Series M (Social Insurance), NO.18, 1942)
- (4) 拙稿「在宅福祉と介護問題—介護保険制度が提起すること」(鈴木廣監修 木下謙治・小川全夫編『家族・福祉社会学の現在』, ミネルヴァ書房, 2001年)
- (5) 増田雅暢「社会保障と政策—厚生省における介護保険法の立案の経験から—」『社会保障法』第13号, 1998年, 法律文化社, 58~62ページ
- (6) 拙稿「社会福祉の方法覚え書—保険・扶助をめぐって」(福岡県社会保育短大『研究紀要』, 14号, 1980年, 44~64ページ), 同「医療保障」(古賀昭

典編『新版社会保障論』法律文化社, 2001年)

参考文献・資料

- ・近藤文二『社会保険』岩波書店, 1963年.
- ・佐口卓『日本社会保険制度史』勁草書房, 1977年.
- ・総理府社会保障制度審議会事務局監修『社会保障制度審議会30年の歩み』社会保険法規研究会, 1980年. 同『社会保障制度審議会50年の歩み』法研, 2000年.
- ・社会保障制度審議会事務局編『社会保障の展開と将来—社会保障制度審議会50年の歴史』法研, 2000年.
- ・厚生省高齢者介護対策本部事務局監修『新たな高齢者介護システムの構築を目指して—高齢者介護・自立支援システム研究会報告書』ぎょうせい, 1995年.
- ・同『新たな高齢者介護システムの確立について—老人保健福祉信義会中間報告』ぎょうせい, 1995年. 同『高齢者介護保険制度の創設について—国民の理解を深めるために—老人保健福祉審議会報告><厚生省介護保険制度案大綱>』ぎょうせい, 1996年.